

ICS

WORKING PAPERS

RISCO E MEDICINA ONCOLÓGICA NA PRIMEIRA METADE DO SÉC. XX:

O CASO PORTUGUÊS

RICARDO GOMES MOREIRA

3

2016

ICS WORKING PAPERS

ISSN 2183-6930

COMISSÃO EDITORIAL

João Vasconcelos (coordenação)

Andrés Malamud

Annarita Gori

Filipa Vicente

João Mourato

Pedro Alcântara da Silva

Rui Costa Lopes

Vanessa Cunha

2016

Risco e Medicina Oncológica na primeira metade do século XX: o caso português

Ricardo Gomes Moreira

Nota biográfica

Ricardo Gomes Moreira é licenciado em Antropologia pela Universidade de Coimbra (2008) e mestre em Antropologia Social e Cultural pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (2014). Integrou em 2010, como bolseiro de investigação, o projecto “Portugal Nuclear: Física, Medicina, Tecnologia e Ambiente (1910-2010)”, explorando o uso das tecnologias radiológicas no desenvolvimento dos estudos do cancro em Portugal.

É actualmente doutorando em Antropologia no ICS-ULisboa, com um projecto sobre o uso na investigação biomédica de grandes repositórios de amostras biológicas.

rolisango@gmail.com

RISCO E MEDICINA ONCOLÓGICA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX: O CASO PORTUGUÊS

Ricardo Gomes Moreira

Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-ULisboa)

Resumo

Pretendemos neste artigo dar conta de como da institucionalização da oncologia em Portugal emergiu uma configuração moderna da relação entre medicina e risco, apoiada no uso de informação estatística e no valor científico do caso clínico individual e da objectividade.

Desde finais do século XIX o cancro foi considerado uma enfermidade passível de cura, desde que precocemente diagnosticada. O aparecimento das novas tecnologias médicas da radioterapia e dos raios X transformou não só os métodos de diagnóstico mas também a acção terapêutica, permitindo novas formas de percepção do corpo e uma nova compreensão do risco oncológico.

O arquivo hospitalar criado por Francisco Gentil em 1915 terá sido um dos mais eloquentes testemunhos de uma primeira tentativa de lidar com o cancro e o risco oncológico a uma escala nacional, com as suas colecções de patologia e os registos clínicos individuais. A partir de uma análise socio-histórica dos vestígios que nos chegam hoje deste repositório médico, sustentamos que no desenvolvimento do Estado sanitário moderno e da acção da medicina oncológica se desenharam alguns dos elementos mais marcantes da institucionalização da medicina moderna, assente numa acção simultaneamente individualizada, massificada e objectiva, sobre o corpo individual e colectivo.

As novas técnicas de diagnóstico e terapia, apoiadas na imagem radiográfica do corpo ou nas inovações radioterapêuticas, permitiram o desenvolvimento de projectos hospitalares modernos cujo objectivo era simultaneamente implementar formas de diagnóstico e terapia eficazes e combater pela investigação e pela acção social o avanço do cancro nas populações. A partir do estudo do surgimento dos estudos do cancro em Portugal, este artigo visa reflectir sobre a emergência de uma forma moderna da relação entre corpo, risco e patologia, num contexto histórico marcado pelo surgimento da medicina de base laboratorial e tecnológica.

Palavras-chave: Antropologia da Ciência, Oncologia, Risco, Medicina, Biopoder.

RISK AND ONCOLOGICAL MEDICINE IN THE FIRST HALF OF THE TWENTIETH CENTURY: THE PORTUGUESE CASE

Abstract

In this paper we aim to describe how the institutionalization of oncological medicine in Portugal has provided the conditions for a modern configuration of the relation between medicine and risk, supported by the use of statistical information and by the scientific value of objectivity and of the individual clinical case.

Since the end of the nineteenth century, cancer has been considered a curable disease, as long as it was early diagnosed. The appearance of novel medical technologies based on the production and control of radiations has transformed the methods of diagnosis as well as the therapeutic action, opening up new forms of perception of the body and a new understanding of oncological risk.

The hospital archive created by Francisco Gentil in 1915, with its pathological collections and individual clinical records, may have been one of the most eloquent evidences of a first attempt to deal with cancer and oncological risk at a national scale. Using a socio-historical approach to the existing remains of this medical repository, we argue that the development of the modern sanitary state and of oncological medicine has provided the institutionalization of medicine with some of its most marking features, which are based in a simultaneously individualized, massified and objective action upon the individual and the collective body.

The new techniques of diagnosis and therapy, supported by the radiographic images of the body and by radiotherapy, allowed for the development of modern hospital projects which were meant to implement more efficient diagnose and therapy techniques and, at the same time, to fight the increase of cancer incidence in populations through medical research and social action. Based on a study of the beginnings of cancer studies in Portugal, this paper tries to address the emergence of a modern form of relation between body, risk and pathology, in a historical context marked by a novel form of medicine supported by laboratory work and technological advancements.

Keywords: Anthropology of Science, Oncology, Risk, Medicine, Biopower.

Introdução

O presente artigo apresenta uma leitura histórica e sociológica da formação da percepção de «risco» em contexto biomédico. Pretende-se aqui explorar as condições institucionais em que ocorreu esse processo, recorrendo-se para isso a uma análise do período de desenvolvimento institucional e científico dos estudos do cancro em Portugal, durante a primeira metade do século XX. Salienta-se o modo como o processo de expansão da oncologia portuguesa pode hoje constituir um dos terrenos privilegiados para explorar a emergência, no campo da medicina, de novas formas de criação e percepção do risco patológico nas suas dimensões individual e epidemiológica.

A formação dos estudos do cancro em Portugal será aqui exposta numa perspectiva analítica histórica e sociológica, fazendo-se uso, em particular, do que é possível entrever a partir da historiografia médica da especialidade sobre a sua cultura material, as tecnologias médicas e os artefactos que imprimiram ao seu desenvolvimento burocrático e científico a feição de uma instituição «moderna». Sublinha-se, nesse sentido, o modo como as práticas científicas de base laboratorial e o uso de instrumentos clínicos de base radiológica, resultantes da tecnociência contemporânea, resultaram num regime organizacional apoiado em instrumentos de gestão burocrática e informática que produziram uma nova percepção epidemiológica da doença e, consequentemente, a definição de campos de risco e de estratégias de planeamento médico, científico e assistencial.

O objectivo deste artigo não passa tanto por analisar os vários aspectos sociológicos de uma noção de risco, naturalmente equívoca e multifacetada, como por explorar algumas das várias dimensões patológica, social e individual que conduzem à formação de uma forma de risco biomédico. Na compreensão deste processo, somos levados a considerar as múltiplas escalas de relação entre corpo e patologia nos seus contextos científicos, laboratoriais e tecnológicos.

Nesse sentido, ao abordar algumas das etapas do desenvolvimento da oncologia portuguesa, pretendemos não mais do que alcançar a descrição de um conjunto de iniciativas burocráticas e científicas que terão influenciado determinadas formas de percepção e de representação médica do corpo e da doença. Realçam-se algumas das etapas desse processo de formação científica e institucional dos estudos do cancro no país como sendo potenciadoras de fenómenos sociológicos mais vastos (eventualmente com implicações sobre as formas de incorporação subjectiva do «risco oncológico»), mas sobretudo salienta-se que, actuando ao nível dos mecanismos burocráticos de individualização e massificação dos fenómenos associados à saúde e à doença próprios das

instituições médicas modernas, essas práticas resultam na redefinição de categorias classificatórias do espaço social.

Risco, biopolítica e a institucionalização do indivíduo na modernidade

A ideia de risco, tal como ela é aqui discutida, refere-se à noção desenvolvida por Ulrich Beck em *Risk Society* (1992) e, em particular, às possibilidades abertas pela sua articulação com uma nova teoria da história, que Beck denominou de *modernidade reflexiva*, e com as formas de individualização próprias da modernidade industrial e pós-industrial.¹ O uso destas noções, sobretudo das noções de risco e individualização, decorre assim da possibilidade de pensar a modernidade não como um período estático e derradeiro da história do ocidente industrializado, mas antes como uma época de transformação que acaba por se transcender a si mesma no momento em que se tornam visíveis as consequências da aplicação dos princípios institucionais e políticos da modernidade à própria sociedade industrial que lhes deu origem. O que resulta deste processo é a percepção de uma «re-modernização», ou de uma «modernidade reflexiva»,² na qual a mudança social operada pela industrialização e que assentou num dado «sistema de coordenadas» sociais anteriormente estabelecido (estado-nação, divisão sexual do trabalho, importância social da família nuclear, formação de campos de conhecimento especializado, etc.), vem agora a inscrever-se nesse próprio sistema de coordenadas, transformando-o: «o desafio de teorizar a modernização reflexiva é que é o sistema de coordenadas [sociais] que está a mudar» (Beck et al., 2003: 2).

O que se pretende aqui analisar é um dos terrenos dessa mudança e, através de um estudo de caso sobre um processo histórico de desenvolvimento institucional, compreender como é que um dos princípios da modernização reflexiva, que Beck identificou sob a noção de *individualização*, veio a evoluir num dos contextos institucionais mais característicos da sua formação na esfera do Estado: o das instituições médicas e hospitalares. Na proposta de análise socio-histórica aqui apresentada, a emergência e institucionalização dos estudos do cancro em Portugal configuram um bom estudo de caso para a observação da formação deste princípio de *individualização* por duas razões. Em primeiro lugar pela sua importância institucional. Os estudos do cancro revelam um papel de relevo no desenvolvimento do aparelho biomédico, científico e assistencial da capital, constituindo um exemplo de centralismo institucional muito decisivo na condução das políticas de assistência médica

¹ Para além da obra de Ulrich Beck supracitada, ver também o seu trabalho em conjunto com Anthony Giddens e Scott Lash, intitulado *Reflexive Modernization*, onde é ensaiada uma análise sociológica aprofundada nas suas várias dimensões políticas e culturais da ideia de modernidade reflexiva (Beck et al., 1994).

² Para dar conta de um modo como essa mudança pode ser entendida, Beck constata que «tal como a modernização dissolveu a estrutura da sociedade feudal no século XIX e produziu a sociedade industrial, a modernização de hoje vem dissolver a sociedade industrial e uma nova modernidade começa a emergir» (Beck, 1992: 10).

e hospitalar durante a primeira metade do século XX português (cf. Costa, 2012). Em segundo lugar, pela importância prática das estratégias de individualização no próprio contexto biomédico. De um ponto de vista epistemológico, a individualização do corpo e da doença não era um princípio fundamental somente ao nível da prática clínica. Também veio a revelar-se essencial à actuação das instituições hospitalares, tanto do ponto de vista organizacional como científico, com a criação de registos clínicos individuais e, sobretudo, pela produção de *casos clínicos individuais* — com base em registos e recolhas de elementos e materiais clínicos — tendo em vista a prossecução do trabalho de investigação clínica e terapêutica (Moreira, 2013). Corroborando, enfim, a própria ideia de reflexividade proposta por Beck, argumenta-se aqui que esse mesmo princípio da individualização, proposto como um dos vectores da modernidade reflexiva e da «sociedade do risco», estaria já presente no projecto biopolítico de modernização do Estado de princípios do século XX, antes de se reflectir posteriormente noutros domínios.

Beck constata também que, no contexto histórico de modernidade reflexiva, o movimento de individualização vem acompanhado simultaneamente de um elevado grau de *padronização* («*standardization*»). Para Beck, «o mesmo meio [*media*] que produz uma individualização, conduz também à padronização», o que resulta da inserção institucional do sujeito e do facto do processo de individualização decorrer da institucionalização das situações socio-biográficas das quais o sujeito depende.

«Os indivíduos libertos [das anteriores formas de vínculo social] tornam-se dependentes do mercado de trabalho e, por causa disso, dependentes das formas de educação e consumo, das regulações e apoios do Estado social, do planeamento urbanístico, (...) e das possibilidades e tendências próprias do aconselhamento e cuidado médico, psicológico e pedagógico. Tudo isto aponta para uma estrutura de controlo das situações individuais, institucionalmente dependente. A individualização torna-se a forma mais avançada de organização societal dependente do mercado, da lei, da educação, e por aí adiante» (Beck, 1992: 130-131).

Este modo de caracterizar a institucionalização do indivíduo na sociedade do risco parece ecoar os próprios mecanismos de desenvolvimento institucional verificados nas primeiras décadas do século XX quando, na tentativa de responder a um conjunto de problemas sociais próprios da sociedade moderna, a acção do Estado se repartia numa gama de respostas de assistência e regulação social que tinham como base mecanismos de individualização inscritos no trabalho burocrático das instituições, e que resultavam igualmente na massificação das respostas, das práticas e do próprio aparelho burocrático.

Por um lado, a criação de *processos burocráticos* e de *casos individuais* no decurso do trabalho de instituições penais, hospitalares e militares (Anderson, 2013) emergia desde logo como uma instância individualizadora, que pretendia por esse meio instaurar mecanismos de controlo

social, disciplina e regulação eficazes. A emergência, entre finais do século XIX e princípios do século XX, de enormes arquivos burocráticos criados no decurso do trabalho das instituições médicas, penais ou militares decorre, assim, dessa estratégia de individualização possibilitada por instrumentos informáticos de registo e organização e por tecnologias de representação objectiva (e.g. fotográficas) que, surgidas no seio da actividade científica e laboratorial, marcavam o trabalho dessas instituições.

Por outro lado, a individualização não era só um fenómeno relativo à agência e à responsabilização do sujeito individualizado na sua consciência e na sua autonomização relativamente às formas de organização colectiva, mas era também produto da constituição do «indivíduo» como *objecto* de conhecimento científico e de controlo, isto é, como objecto de um biopoder que se apoiava simultaneamente na individualização — pela produção do caso individual — e na estatística — pela produção do fenómeno colectivo, perceptível na sua escala massificada.

Ian Hacking, sobre os trabalhos de Michel Foucault em torno da emergência do biopoder,³ realçou precisamente a importância da estatística na formação, durante o século XIX, de certos instrumentos de apreensão e interpretação de fenómenos colectivos, demográficos ou sociológicos de grande amplitude, que se prestaram à formação de categorias classificatórias. De facto, se considerarmos o contexto médico-científico português de princípios do século XX, temos perante nós a imagem de uma medicina que, fruto das novas possibilidades terapêuticas e das competências de planeamento e prevenção sanitária resultantes do trabalho laboratorial, se abre à inclusão das massas na sua esfera de acção e que, por essa via, se permite produzir relatórios estatísticos sistemáticos sobre as suas actividades de prevenção, controlo e assistência hospitalar e, sobretudo, sobre os registos das causas de morte e do tipo de patologias que lhes estavam associadas. O caso clínico individual, enquanto objecto de conhecimento e de acção institucional, passava, nesse momento, a fazer parte de um fenómeno social quantificável e acessível nos registos hospitalares, de valor inestimável para as mais variadas esferas de actividade económica, pública ou privada (Hacking, 1982).

É pela percepção destes fenómenos sociais, associados à incidência de patologias no espaço social e às causas de morte, que podemos melhor considerar a emergência de uma missão social da medicina em Portugal, na transição para o século XX. Desde então, a acção médica passou a orientar-se em dois grandes domínios interdependentes: como actividade científica, na produção de novos conhecimentos sobre as patologias, as suas causas, os seus sintomas, consequências e possibilidades terapêuticas; e como actividade social, na assistência clínica e hospitalar, na prevenção e na informação públicas.

³ Ver Hacking (1982). De Michel Foucault há vários textos e obras relativos à emergência das formas de biopoder próprias da Europa moderna. Refira-se, a título de exemplo, sobre a formação de uma biopolítica médica, o ensaio “The politics of health in the eighteenth century” (1980).

A Formação da Medicina Científica e dos Estudos do Cancro em Portugal

No campo científico, importa reconhecer uma primeira grande transformação sobre a percepção médica do corpo e da doença, operada ainda no século XIX. A partir da integração dos novos conhecimentos da biologia, a medicina surgia com uma nova feição laboratorial na qual a anatomia-patológica se cruzava com a experimentação clínica e o exame *post mortem*. O principal percussor deste desenvolvimento foi Xavier Bichat (1771-1802), que propôs cruzar o tipo de conhecimento classificatório e sintomatológico da época (próprio da Anatomia Patológica) com o registo clínico, abrindo caminho ao estudo dos agentes patogénicos e das suas possíveis consequências ao nível do corpo (Foucault, 2003). Ao longo do século XIX, ao fundir-se com a Anatomia Patológica, a própria clínica viria a adquirir uma vertente microscópica e etiológica, passando a colaborar de perto com os laboratórios e com os conhecimentos da histofisiologia e da microbiologia na identificação das patologias (diagnóstico) e das trajectórias esperadas de evolução da doença (prognóstico).

Em Portugal, esta medicina de base laboratorial apenas se daria a conhecer a partir da última década do século XIX (Celestino da Costa (I), 1946). Contudo, desde 1911, com a criação das duas universidades em Lisboa e no Porto e, na capital, com a formação dos vários institutos da nova Faculdade de Medicina, estavam criadas as condições institucionais para o desenvolvimento das especialidades médicas e para a instalação efectiva de uma missão assistencial da medicina (Celestino da Costa (II), 1999).

Neste contexto biomédico, apoiado no método anátomo-clínico, a cirurgia revelou-se a principal arma terapêutica. No caso do cancro, os incipientes sucessos da cirurgia permitiram afirmar, pela primeira vez, que esta era, *sob determinadas condições*, uma doença *curável*. Foi na determinação destas condições que se sustentou, desde então, o principal princípio da acção médica contra o cancro, que afirmava que «*o cancro é originalmente uma doença local que apenas secundariamente se torna generalizada, ele pode ser curado se for tratado a tempo*» (Pinnel, 2002: 20, itálicos da fonte citada).

Em princípios do século XX, médicos e cirurgiões passaram a utilizar os efeitos de destruição biológica das recém-descobertas tecnologias radiológicas, na tentativa de melhorar os resultados terapêuticos alcançados com a cirurgia. A eficácia revelada no tratamento de certas formas de cancro fez dos raios X e da radioactividade as principais promessas científicas nos estudos do cancro e na medicina oncológica da época. Novas competências laboratoriais juntavam-se, assim, às já

existentes em torno da clínica. A electro-radiologia, a física de radiações e a radiobiologia tornavam-se por esse tempo essenciais à instalação da clínica oncológica moderna, capaz de estudar e aperfeiçoar os métodos de diagnóstico e de terapia do cancro (Pinnel, 2002).

Em suma, até princípios do século XX encontrávamos nas universidades e nos hospitais europeus a formação uma medicina de carácter científico, cujo modo de compreensão do corpo se baseava num modelo de classificação racional das estruturas teciduais e fisiológicas, elaborado em grande parte a partir das suas manifestações patológicas. O principal instrumento terapêutico, ao nível das doenças oncológicas, era, por esse tempo, a cirurgia. Este modelo científico e terapêutico vai ser, aos poucos, transformado com o aparecimento das tecnologias radiológicas.

Em Portugal, os estudos do cancro surgiram em torno da influência de um jovem cirurgião de Lisboa. Desde 1911, Francisco Gentil rodeou-se de alguns cientistas e clínicos da nova geração médica da capital para criar, no Hospital da universidade, uma das primeiras consultas de cancro do país. Desenvolveu a partir daí um projecto hospitalar e científico que viria a constituir, a partir de 1923,⁴ o Instituto Português para o Estudo do Cancro (IPEC) e posteriormente o IPO. Gentil liderava o trabalho de uma equipa dirigente composta por dois histo-fisiologistas (Mark Athias e Henrique Parreira), um dos mais relevantes radiologistas portugueses (Bénard Guedes) e ainda um médico responsável pela secção de estatística e propaganda (João de Magalhães). Esta era, como veremos, uma área de actuação importante no novo instituto, cuja missão de ordem social passava também pela sensibilização e pela captação de pacientes para o hospital oncológico de Lisboa (de resto o único do país).

Os esforços iniciais de desenvolvimento deste projecto hospitalar em torno do cancro passaram desde logo pela conjugação das terapias radiológicas e cirúrgicas (Guedes, 1916). Em grande medida, era na própria radiologia que se sustentava a novidade e o valor do projecto científico e hospitalar de Gentil. Isto porque apesar de não constituir ainda uma doença de grande incidência nos meios urbanos, o cancro era tido como uma das que mais matava nos hospitais, tendo-se distinguido entre 1913 e 1914 como a terceira causa de morte nos hospitais de Lisboa e Porto (Costa, 2012). Noutros países, as estatísticas médicas do início do século revelavam uma mortalidade por cancro em crescendo nos hospitais (Pinnel, 2002), tornando-o num dos problemas médico-científicos mais relevantes da época.⁵

⁴ Cf. Decreto n.º 9333, de 1923.

⁵ É importante salientar que, do ponto de vista nosológico, o «cancro» não constitui uma patologia de características fixas e imutáveis ao longo dos anos. Como a classificação das doenças acompanha a evolução do conhecimento médico e das tecnologias de diagnóstico e terapia, a própria ideia de «cancro» variou de modo muito significativo mesmo se considerarmos apenas os últimos cem anos. Deste modo não é possível, sem incorrer numa falácia de definição, falar no cancro de um ponto de vista histórico sem estar a incluir sob esta designação um conjunto de formas patológicas muito diversas, que ao longo do período histórico em causa foram sendo dissociadas da nosologia cancerígena ou que têm hoje classificações médicas diferentes,

As radiações traziam uma nova esperança à medicina oncológica, e o projecto de Gentil, apadrinhado por algumas relevantes figuras das elites económica, política e científica da capital, parece ter sido eleito em detrimento de outros, alcançando um estatuto de exclusividade que lhe garantiria o apoio estatal durante várias décadas. Com este apoio de uma rede importante de aliados em vários sectores da sociedade, foi possível ao instituto de Gentil adquirir, a partir de 1912, a mais dispendiosa tecnologia terapêutica existente (cf. Moreira, 2013). Desde então, os pacientes do antigo Hospital Escolar de Santa Marta puderam usufruir das radiações emitidas por sais de rádio, tendo aí sido realizadas algumas das primeiras aplicações radioterapêuticas (cf. Raposo, 1925; Gentil, 1933).

O rádio e os raios X constituíram dois dos principais instrumentos de legitimação científica e política do novo instituto. Foram-no no campo da investigação, enquanto inovação tecnológica cujos limites e princípios de actuação era necessário definir; no terreno da prevenção, como instrumento de propaganda, atraindo as populações às consultas de cancro, e assim fornecendo aos clínicos matéria para a investigação; ou ainda no diagnóstico e na terapia, como tecnologia clínica, capaz de tornar visível o interior do corpo (raios X), de complementar como nenhum outro meio os progressos já alcançados pela cirurgia, e funcionando mesmo, em alguns casos, como principal agente terapêutico.

A ideia aqui avançada é a de que foi a partir da integração das tecnologias radiológicas na medicina oncológica que se operaram as transformações institucionais e os desenvolvimentos científicos que resultaram numa alteração significativa da percepção médica do corpo humano e do risco desta doença. É relevante salientar que a relação entre risco e cancro é ainda devedora do próprio risco radiológico. Em primeiro lugar porque uma boa parte do risco radiológico foi primeiramente observada como resultado de alterações malignas produzidas no corpo dos denominados “mártires da ciência” que, enquanto radiologistas pioneiros, sofreram na pele o resultado da sua exposição desprotegida às radiações (cf. Coron, 1938). Em segundo lugar, porque as primeiras medidas de prevenção do risco radiológico terão estado associadas, precisamente, à necessidade de proteger os radiologistas que, trabalhando sobretudo nas clínicas de cancro, sofriam do cancro “profissional” desencadeado pelo exercício da sua actividade. No caso do IPO, esta prevenção do risco oncológico materializou-se, de modo mais evidente, em 1933, com a construção do Pavilhão do Rádio — resultante de um projecto da autoria do arquitecto Carlos Chambers Ramos (1897-1969) — então apresentado como o primeiro edifício no país cujo projecto arquitectónico foi elaborado tendo em conta os efeitos nocivos das radiações e a necessidade de mitigar os seus efeitos no pessoal clínico (cf. Gentil, 1933; Magalhães, 1936).



Figura 1 – Pavilhão do Rádio do IPO (Carlos Chambers Ramos), 1933.

Fonte: Biblioteca de Arte Gulbenkian, *Colecção Mário Novais*.

Tendo em conta o seu desenvolvimento institucional, podemos dizer que o projecto hospitalar do Instituto Português de Oncologia (IPO) se ancorou desde o início em duas vertentes: uma científico-tecnológica, decorrente do aparecimento e do uso das terapias radiológicas, e uma outra burocrático-institucional, assente por um lado (1) em novos modelos de organização e assistência hospitalar, desenvolvidos pelo instituto num novo contexto político orientado para o aprofundamento da missão social do Estado e, por outro lado, (2) em veículos de propaganda médica e social desenvolvidos pelo instituto, no que era assistido pela acção da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

A Produção do Risco Oncológico: Arquivo, Estatística e Categorização do Espaço Social

Para compreendermos melhor a relação entre as actividades médica e científica e a formação de uma noção de risco oncológico, no modo como ela veio a desenvolver-se no projecto institucional do IPO, interessar-nos-á aqui olhar de perto para dois objectos concretos resultantes da actividade deste instituto. O primeiro é o seu *arquivo clínico*, a par das suas colecções hospitalares; o outro é a *mensagem da propaganda médica e social* difundida entre as populações e os inúmeros médicos de província distribuídos pelo país.

O arquivo das colecções

Quanto ao arquivo, foi a partir de um pequeno artigo publicado no primeiro número da revista científica do instituto do cancro (sob o sugestivo título de *Arquivo de Patologia*), que se tornou possível aceder à lógica de «organização e o funcionamento do arquivo da 1.ª Clínica Cirúrgica» do Hospital de Santa Marta, onde estava instalado o serviço de cancro de Francisco Gentil (Palmeirim e Alvarez, 1925). A partir daqui foi também possível perceber que a lógica da organização deste arquivo, com os seus modelos classificatórios, tem origem numa certa genealogia do arquivo enquanto artefacto do moderno trabalho burocrático, o que nos leva à sua relação com um conjunto de motivações científicas e sociais mais profundas, ancoradas na própria acção do Estado moderno e na sua missão social.

Note-se, em primeiro lugar, que o arquivo, pelo seu modo de organização, denuncia a agência simultaneamente massificadora e individualizadora do Estado. Entre 1915 e 1925, o trabalho clínico do serviço de cancro do Hospital Escolar permitiu a conservação de 6732 registos de observações clínicas, 1335 peças cirúrgicas, 2865 exames histológicos (preparados microscópicos, esboços, notas textuais), 1193 chapas radiográficas e 950 fotografias. Todos estes materiais constituíam o repositório científico do IPO. Estas colecções tinham como principal finalidade a conservação da experiência clínica do instituto, servindo na prática a alguns trabalhos de investigação, ao ensino e ao planeamento institucional (cf. Gentil, 1925).

Nestes anos, a afluência de doentes às consultas do Hospital Escolar parece ter conhecido francos progressos, o que permitiu a observação de um número considerável de casos nos quais a terapia radiológica foi experimentada (cf. Raposo, 1925). A aplicação em larga escala de tratamentos radiológicos, em diferentes estados tumorais e em diferentes tipos de patologias, trouxe aos clínicos e cientistas do IPO a possibilidade não só de conhecerem diversas manifestações cancerígenas no corpo dos pacientes, mas igualmente de observarem os vários comportamentos dos tumores, quando submetidos a diferentes aplicações radiológicas, variáveis no tempo e na intensidade da exposição dos tecidos às radiações.

Era por isso fundamental encontrar meios para a conservação e acumulação desta vasta experiência clínica. Para além dos registos, o trabalho clínico produzia todo um conjunto de objectos que poderiam servir para documentar não só a trajectória do paciente no hospital, mas também as trajectórias da doença no seu processo evolutivo, em direcção à cura, à morte ou, em muitos casos, à recidiva. Convenientemente preservados, estes objectos poderiam transmitir informação relevante sobre cada caso clínico, sobre o seu desfecho e o grau de sucesso da terapia, informação essa importante para os médicos e cientistas do instituto, mas também para os estudantes de medicina

da faculdade. Como a informação contida nestes materiais era, na maioria dos casos, de natureza visual, estes objectos viriam a revelar-se de ordenação e organização problemática, tendo em vista a evidente necessidade de garantir um acesso eficaz e imediato a cada um deles (Moreira, 2013).

De facto, não era possível, de memória, localizar no repositório este ou aquele objecto particular, por entre os milhares de casos clínicos cujos registos se acumulavam em depósito. Instituições estatais como os hospitais ou os serviços médico-forenses deparavam-se no dia-a-dia com uma elevada quantidade de *casos individuais* que passavam pela sua jurisdição científica. O resultado era a entrada diária de uma quantidade *massiva* de documentos e materiais relativos a cada um destes casos, que necessitavam de ser convenientemente arquivados. A natureza visual e a materialidade de muitos objectos e documentos (fotografias, radiografias, desenhos, etc.), tornavam o processo de inventariação e classificação muito complexo. Não obstante, era fundamental preservar a individualidade e a particularidade de cada um destes casos, nos quais se inscrevia o valor da experiência científica e clínica.

O problema de organização do arquivo clínico não era assim muito diferente do problema vivido, por exemplo, nos serviços de medicina forense, confrontados com a massificação do volume de casos criminais que chegavam regularmente ao instituto. Ainda em 1914, Azevedo Neves se lamentava, no próprio *Archivo de Medicina Legal*, da sua incapacidade para organizar tanto o arquivo como o museu do instituto.

«Não vejo maneira de fazer estatísticas, nem as fichas indispensáveis para, rapidamente, encontrar um «caso» de que careça para uma demonstração didáctica. (...) Como poderei reter de memória em cerca de 13.000 exames, que tantos teem passado pelo Instituto depois que o dirijo, os «casos» de que preciso, hoje, para uma lição sobre enforcamento, os de que careço, amanhã, para uma demonstração de lesões traumáticas, etc.? (...) E depois todo o arquivo está um verdadeiro caos, que a tentativa de organização feita o ano passado não conseguiu fazer desaparecer» (Neves, 1914: 32).

A solução encontrada pelos arquivistas do Hospital Escolar foi recorrer a um modelo de organização estatística, tal como havia feito Alphonse Bertillon (1853-1922) com os registos criminais na Polícia de Paris, corria a década de 1880. Os métodos utilizados por Bertillon para resolver as dificuldades impostas pelo volume e a quantidade de registos visuais, que serviam de prova final à identificação de criminosos reincidentes, foram replicados em muitas das instituições burocráticas do mundo moderno que necessitavam de lidar com quantidades massivas de objectos individualizados (cf. Anderson, 2013). Do ponto de vista destas instituições era importante tornar os arquivos operacionais, e os modelos estatísticos e antropométricos de Bertillon, em torno da curva de distribuição normal de Gauss, forneceram um princípio classificatório que permitia agrupar os registos individuais em conjuntos de fichas facilmente manipuláveis (cf. Sekula, 1986). Da perspectiva

do Estado, era importante individualizar primeiro para poder depois tornar eficiente a acção social e de controlo sobre as massas. Tratava-se, no fundo, de individualizar ameaças então entendidas como fenómenos sociais.

A moderna burocracia hospitalar resultava assim de uma captação e inclusão massiva das populações na sua actividade institucional, o que lhe permitia depois operar a sua acção individualizadora com vista ao controlo informático e estatístico. Na sua missão de supervisão sanitária e controlo da doença e dos fenómenos pandémicos, os modernos projectos hospitalares procediam ao registo e ao arquivamento dos casos clínicos individuais, o que lhes conferia uma visão simultaneamente epidémica e reguladora do próprio trabalho da instituição.

No serviço de cancro, a *preservação da experiência dos casos clínicos individuais* era garantida por dois princípios de organização distintos. O primeiro era relativo à conservação dos registos visuais e do valor científico da objectividade. O outro era a aplicação do modelo estatístico de organização do arquivo. Contudo, ao contrário de Bertillon, os arquivistas hospitalares não desenvolveram modelos estatísticos antropométricos em torno de uma média *normalizada*. No contexto hospitalar, a patologia não se reportava a medidas corporais desviantes em vista de uma distribuição normal, mas a alterações anatómicas. Nas colecções oncológicas, a anatomia normal estava manifestamente ausente, e os registos e materiais em depósito reportavam-se apenas às configurações patológicas dos tumores, nas suas formas macro e microscópica. Assim, o modelo estatístico de organização do arquivo hospitalar foi elaborado em torno do principal alvo da actuação clínica: a própria patologia. O *diagnóstico*, servindo de eixo operativo entre as várias séries de objectos das colecções, permitiu que fosse o modelo estatístico de um outro Bertillon a servir de princípio organizador do agrupamento dos registos, em torno da classificação das doenças, e tomando como base a *Nomenclatura Nosológica Internacional*, ou a *Nomenclature Bertillon*, de 1909, de Jacques Bertillon (1851-1922).

Diziam os arquivistas do instituto do cancro, em 1925, que tiveram «de modificar alguns dos grupos [de doenças] estabelecidos» para adaptar o modelo às necessidades do serviço e integrar alguns dos novos conhecimentos científicos, entretanto adquiridos. Ainda assim, através desta nomenclatura, era possível fazer corresponder a cada doença ou grupo de doenças um determinado número, fácil de procurar no índice do arquivo (cf. Palmeirim e Alvarez, 1925).

Esta nomenclatura nosológica, baseada nos trabalhos estatísticos de Jacques Bertillon e utilizada no arquivo, permitira criar, em 1909, uma referência padronizada internacional para as causas de morte, com vista à comparação dos índices de mortalidade e da sua relação com a incidência das doenças. O alcance biopolítico deste mecanismo estatístico, aqui direccionado para a organização do arquivo, é evidente. Constituindo um pólo de cruzamento entre a medicina e a estatística, este modelo de organização é, na verdade, apenas mais uma das várias circunstâncias

históricas em que ambas as disciplinas (medicina e estatística) se cruzaram, respondendo às preocupações burocráticas das instituições do Estado moderno, que procuravam prever e controlar alguns fenómenos populacionais de larga escala.

Informação clínica na propaganda e na investigação

O uso epidemiológico do arquivo do cancro é também aqui mais um indício do seu carácter instrumental ao serviço de uma biopolítica sanitária. Ao fim de alguns anos, através da acumulação dos registos clínicos, era possível começar a determinar alguns padrões no comportamento sanitário e na incidência de determinadas patologias, a uma escala populacional alargada. Apesar da acção hospitalar do IPO, sediado em Lisboa, incidir maioritariamente sobre as populações da região centro-sul do país e do Alentejo, a verdade é que o instituto se assumia a uma escala nacional, o que é demonstrado pela exclusividade que detinha na prossecução de uma política científica e social anticancerosa e pelo conjunto de dotações concedidas pelo Orçamento do Estado Português ao longo das décadas. O Instituto Português de Oncologia constituiu-se, na verdade, como um dos mais eloquentes testemunhos de uma política científica e assistencial da ditadura salazarista, empenhada em erradicar o mal cancerígeno da sociedade, ou pelo menos em dar mostras de o combater empenhadamente.

«Os rápidos progressos realizados de 1928 a 1933, a propaganda, as publicações, o novo material de estudo adquirido, a educação do pessoal médico no estrangeiro, devem-se, em grande parte, ao interesse pela luta anticancerosa do Ministro das Finanças, Professor Dr. Oliveira Salazar» (Instituto Português de Oncologia, 1934).

A propaganda médica desenvolvida pelo instituto desde os seus primeiros tempos, ainda sob a tutela universitária durante a 1.^a República, pretende tornar evidente, precisamente, o carácter social da sua missão, e demonstrar a importância de uma organização científica de combate ao perigo oncológico. Uma das primeiras grandes iniciativas de informação pública decorreu a partir de 1924, «numa larga campanha de propaganda, entre os clínicos, das mais recentes, importantes, e seguras indicações terapêuticas, como base indispensável duma mais ampla divulgação dos conhecimentos úteis ao público» (Raposo, 1925: 42). Esta iniciativa tinha o objectivo de atrair os doentes às consultas de Santa Marta, antecipando o diagnóstico tanto quanto possível, de modo a permitir uma intervenção terapêutica eficaz.

Tabela 1 - Doentes novos por ano

Ano	n.º de doentes novos
1928	952
1929	1522
1930	1992
1931	2226
1932	2406
1933	1714

Fonte: Boletim do IPO, vol. 1, n.º 1, Janeiro de 1934.

«Agir a tempo» ou «estar atento aos sinais» eram palavras chave nas campanhas de Luta Contra o Cancro focadas, sobretudo, no papel da prevenção e na educação para a compreensão dos riscos associados a determinados contextos sociais. Nesse aspecto, é notável que a primeira grande dotação financeira do IPO tenha vindo por meio do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios (1919),⁶ cuja principal missão era actuar ao nível da segurança social, através de regimes de seguros obrigatórios para a intervenção social e a atribuição de pensões em caso de doença, acidentes de trabalho, invalidez e velhice. Mas é também importante realçar a consciência entretanto criada entre os clínicos e médicos oncologistas de que há práticas laborais potencialmente perigosas, passíveis de serem hoje consideradas como profissões de risco.

Assim, posteriormente à individualização do perigo social do cancro através da elaboração de registos em torno dos casos clínicos individuais, a acumulação destes registos permitiu operar uma redistribuição conceptual e epidemiológica do risco oncológico, pela determinação de grupos sociais ou comportamentais mais afectados pelo perigo do cancro. A intersecção destas observações epidemiológicas com a investigação laboratorial fez-se, desde logo, através dos trabalhos de cancro experimental liderados por Simões Raposo (Raposo, 1930). As patologias profusamente observadas nas populações foram então reproduzidas em contexto de laboratório pelo uso de substâncias patogénicas sobre animais, traduzindo assim, por uma analogia prática, um conjunto de *casos clínicos* similares observados em contexto clínico num conjunto infindável de espécimes laboratoriais, com o propósito de fornecer os dados necessários à compreensão da etiologia de certas patologias tumorais. Este paralelismo entre a clínica e o laboratório foi já notado por Michael Lynch, quando salientou o carácter artefactual da patologia e a mesma natureza artificial dos dados laboratoriais: «Tal como um “caso” na medicina é simultaneamente mais e menos do que um paciente individual, um “animal” para os praticantes de laboratório constitui uma versão reduzida e extraída do rato de laboratório» (Lynch, 1988.: 272).

⁶ Cf. Decreto n.º 13.098, de 1927.

A previsibilidade de certos cancros profissionais e a sua replicação laboratorial motivou algumas formas de prevenção do risco oncológico, nomeadamente pela eliminação do contacto do trabalhador com a substância cancerígena.

«Se, num ponto determinado do organismo, incidirem repetidas vezes factores irritativos ou inflamatórios, pode acontecer que a proliferação das células a que eles dão origem, (...) acabe por tomar o carácter dum hábito que persiste para além da causa que lhe deu origem. As células começarão então a proliferar por sua conta, podendo desse modo originar um cancro.

É este o processo de que nos servimos nos laboratórios para provocar, por exemplo, o cancro em animais com pinceladas de alcatrão. As irritações crónicas têm importância na patologia humana, porque são a causa de certos cancros chamados profissionais e que aparecem nos operários que trabalham no alcatrão e outros produtos químicos cancerígenos. É importante conhecer a evolução das lesões produzidas por estas substâncias, porque um exame periódico dos trabalhadores permite afastar do contacto dos produtos tóxicos os indivíduos em que as lesões irritativas começam a tomar o aspecto das que vão transformar-se em cancros» (Loureiro, 1936).

A ideia do risco profissional associada à prevenção do cancro tornou-se por esses anos uma das mensagens públicas mais difundidas pelo instituto. Na 1.ª Exposição de Propaganda de Luta Contra o Cancro, inaugurada em Lisboa a 29 de Outubro de 1940, foi apresentado um painel dedicado à profilaxia do cancro. Este, contudo, mais do que um conjunto de medidas a tomar com vista à prevenção, apresentava-se como um quadro expositivo dedicado a um conjunto de profissões de risco que configuravam, notoriamente, alguns dos sectores económicos mais relevantes do regime político vigente. Entre algumas profissões *tradicionais*, como sejam as relativas à lavoura ou à pesca, e outras mais características do processo de modernização em curso, este painel expositivo apresentava publicamente alguns dos factores de risco presentes no seio da sociedade portuguesa, e agrupava sob o mesmo referencial do perigo do cancro esse conjunto de actividades económicas fundamentais (agrícolas e industriais), acabando por sugerir, nesses termos, uma justificação para a necessidade de apoio à causa da medicina oncológica e à educação social, pela evidência de um custo para a saúde próprio do trabalho e do consequente desenvolvimento económico.



Figura 2 – «O que todos devem saber para combater o cancro». Painel da Primeira Exposição de Propaganda de Luta contra o Cancro, inaugurada a 29 de Outubro de 1940.
 Fonte: Biblioteca de Arte Gulbenkian, *Colecção Mário Novais*.

A par das imagens, os factores de risco eram apresentados num pequeno quadro contendo um texto, onde se enumerava, em articulação com as imagens dos painéis, a «falta de higiene», o «abuso de álcool», a «alimentação em excesso», os «corantes alimentares», as «anilinas», «o sol», «o tabaco», os «operários que trabalham com óleos minerais e que manipulam o carvão», «o alcatrão», identificando assim factores de irritação potencialmente cancerosa. Não incluídos, o arsénio, os raios-X e a radioactividade faziam naturalmente também parte de uma lista crescente de elementos potencialmente cancerígenos.

Contudo, o cancro não era visto como um fenómeno exclusivo das classes operárias. A sua acção não conhecia barreiras de classe, pelo que a medicina oncológica tinha uma abrangência potencialmente universal. Nesse sentido, o cancro será, provavelmente, a primeira grande epidemia de uma modernidade tardia. Para a sua compreensão foi necessário desenvolver complexas estruturas científicas e hospitalares e um conhecimento médico-científico especializado, bem como instrumentos de compreensão epidemiológica e de prevenção distintos do que havia sido, até então, realizado no âmbito das patologias de origem bacteriológica ou viral, que foram o principal objecto de estudo da medicina oitocentista, até ao surgimento, já no século XX, das terapias anti-microbianas.

Conclusão

Em síntese, o que se tentou aqui demonstrar foi como uma lógica de funcionamento científica e burocrática própria de uma instituição médica da primeira metade do século XX, criada para fazer face a uma ameaça de sanitária, como o cancro, de contornos obscuros para a medicina da época, baseou a sua actuação num conjunto de procedimentos (grande parte deles importados de outras realidades institucionais) que viriam a ser uma marca das formas de compreensão do risco e da doença num período tardio da modernidade.

A partir (i) de instrumentos estatísticos, (ii) da conservação da experiência contida na informação sobre o caso clínico individual e (iii) da conservação do valor científico da objectividade, o Instituto Português de Oncologia veio a afirmar na sua acção uma espécie de biopolítica em torno do risco oncológico, distribuindo-o individual e sectorialmente na sociedade através de mecanismos essencialmente informáticos, isto é, a partir de instrumentos de gestão e disseminação de informação—fosse pela criação do arquivo das colecções clínicas e pela produção de informação estatística e epidemiológica, fosse através das campanhas de informação e da propaganda institucional.

Em primeiro lugar, a sua acção clínica assentava na construção do *caso clínico individual*, sobre o qual decorria toda a sucessão de procedimentos médicos, científicos e burocráticos do instituto. Agindo através de técnicas individualizadoras das patologias, o instituto do cancro pretendia, a par de outras instituições do Estado, instaurar mecanismos de controlo, disciplina e regulação sanitária eficazes. Como vimos, o próprio arquivo funcionava a partir deste registo baseado no caso clínico individual. Consequentemente, a individualização surgia a par de um movimento de massificação resultante da acção institucional. O indivíduo, constituindo-se como objecto do conhecimento médico e científico, era assim objecto de um biopoder que se apoiava nessa individualização para atingir a compreensão de fenómenos de escala populacional.

Através de métodos estatísticos, e pela produção de factos colectivos, a acção médica orientava-se da patologia à epidemiologia, transitando das manifestações desviantes ao nível do corpo individual para uma percepção de um desvio patológico à escala social, definindo campos de intervenção prioritários. O cancro emergia como uma ameaça latente, uma espécie de risco oculto que obrigava à educação social e à supervisão contínua por parte de sujeitos e instituições, no sentido de se detectar o mínimo sinal indicador de uma alteração anatómica, pois apenas a detecção precoce podia conduzir à cura.

Por fim, a conservação do valor da objectividade mecânica na representação dos casos patológicos, permitida pela organização do arquivo, vem evidenciar a importância das técnicas

visuais na medicina, através seja das tecnologias radiológicas, fotográficas ou microscópicas.

O processo de formação de uma medicina científica e laboratorial de grande escala, como a oncologia, demonstra o modo como a percepção e a mitigação do risco oncológico se evidenciou desde logo como dependente de uma escala nacional. Contudo, o conhecimento científico produzido, a assistência prestada e as campanhas de propaganda, apoiadas pelo governo da nação com vista à acção de combate ao cancro, evidenciam o carácter transformador de uma doença que mobilizou recursos tecnológicos, económicos e industriais avultados e que esteve na base da construção de novas redes científicas internacionais. Estas viriam a revelar-se, enfim, indispensáveis à formação de uma nova ordem científica e sanitária, produtora de novos riscos e de novas perspectivas do corpo e da doença, a partir da segunda metade do século.

Bibliografia

- ANDERSON, W. (2013), “The case of the archive”, *Critical Inquiry*, 39 (Spring), pp. 532-547.
- BECK, U. (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, Londres, Sage.
- BECK, U., BNOSS, W., LAU, C. (2003), “The theory of reflexive modernization: problematic, hypotheses and research programme”, *Theory, Culture & Society*, 20 (2), pp. 1-33.
- BECK, U., GIDDENS, A., LASH, S. (1994), *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Cambridge, Polity Press.
- CELESTINO DA COSTA (I), António (1946), “A evolução das ciências médicas em Portugal”, *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, 8, pp. 363-383.
- CELESTINO DA COSTA (II), Jaime (1999), “A geração médica de 1911. Origem, realização e destino”. In *1911-1999, O ensino médico em Lisboa no início do século: sete artistas contemporâneos evocam a geração médica de 1911*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian: 27-62.
- CORON, Doutor, (1938), “Raios X fonte de vida e de morte”, *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. V, n.º 8/9, pp. 8-10.
- COSTA, R. M. P. (2012), *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)*, Porto, CITCEM e Edições Afrontamento.
- FOUCAULT, M. (1980 [1976]), “The politics of health in the eighteenth century”. In C.

- Gordon (ed.), *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, (trad. C. Gordon, L. Marshall, J. Mepham e K. Soper), Nova Iorque, Pantheon Books.
- FOUCAULT, M. (2003 [1963]), *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, (trad. A. M. Sheridan), Londres, Routledge.
- GENTIL, F. (1925), “Apontamentos sobre o ensino da Patologia cirúrgica na Faculdade de Medicina de Lisboa”. In F. Gentil (ed.) *O Ensino Médico em Lisboa. A Patologia e a Terapêutica Cirúrgicas (1.ª Clínica Cirúrgica)*, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, pp. 1-7.
- GENTIL, F. (1933), “O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia”. *A Medicina Contemporânea*, Ano 51 (III. Série), 36, pp. 261-264.
- GUEDES, F. B. (1916), “O rádio no tratamento das neoplasias”. *Portugal Médico*, n.º 2.
- HACKING, I. (1982), “Biopower and the avalanche of printed numbers”, *Humanities in Society*, 5 (3-4), pp. 279-295.
- INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA, (1934), “Explicação inicial”, *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. I, n.º 1, p. 1.
- LOUREIRO, J. A. (1936), “Quatro lições sobre tumores malignos (I): Origem e causas do cancro”, in *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. III, n.º 1, pp. 2-7.
- LYNCH, M. E. (1988), “Sacrifice and the transformation of the animal body into a scientific object: laboratory culture and ritual practice in the neurosciences”, *Social Studies of Science*, 18, pp. 265-289.
- MAGALHÃES, J. (1936), “Quatro lições sobre tumores malignos (IV): A luta contra o cancro em Portugal”, *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. III, n.º 5, pp. 3-6.
- MOREIRA, R. G. (2013), *O Arquivo do Cancro: Um Estudo da Cultura Material e Tecnológica na Génese da Medicina Oncológica em Portugal (1912-1926)*. Tese de mestrado, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- NEVES, J. A. (1914), *O Ensino da Medicina Legal, representação apresentada ao Conselho da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Lisboa, Typ. do Anuario Commercial.
- PALMEIRIM, V., ALVAREZ, E. (1925), “A organização e o funcionamento do arquivo da 1ª Clínica Cirúrgica”. In F. Gentil (ed.), *O Ensino Médico em Lisboa. A Patologia e a Terapêutica Cirúrgicas (1.ª Clínica Cirúrgica)*, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, pp. 23-44.
- PINNEL, P. (2002 [1992]), *The Fight Against Cancer: France 1890-1940*, Londres, Routledge.
- PORTUGAL (1923), “Decreto n.º 9333”, *Diário do Governo*, 278, I série.

- PORTUGAL (1927), “Decreto n.º 13.098”, *Diário do Governo*, 24, I série.
- RAPOSO, L. S. (1925), “O Instituto Português para o Estudo do Cancro”. In F. Gentil (ed.), *O Ensino Médico em Lisboa. A Patologia e a Terapêutica Cirúrgicas (1.ª Clínica Cirúrgica)*, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, pp. 38-45.
- RAPOSO, L. S. (1930), “O cancro experimental e as modernas ideias sobre a etiologia e a patogenia das neoplasias malignas”, *Arquivo de Patologia*, II (1), pp. 43-120.
- SEKULA, A. (1986), “The body and the archive”, *October*, 39 (Winter), pp. 3-64.



www.ics.ulisboa.pt

Edição . ICS Working Papers

Coordenação . João Vasconcelos

Design . João Pedro Silva

Apoio técnico . Ricardo Pereira
